

# 救急要請をされても病院が受け入れることが困難

## 【受け入れ困難の理由】

### ②病床確保困難

表 1.1 総病床数の国際比較

人口1,000人当たり病床数		(床／人口1,000人)						
	調査年	Total hospital beds 計	Curative care beds 急性期	Rehabilitative care beds リハビリ	Long-term care beds 長期ケア	Other hospital beds その他	Psychiatric care beds 精神	
カナダ	2019	2.5	2.0	0.1	0.4	0.0	0.4	
フランス	2018	5.9	3.0	1.6	0.5	0.8	0.8	
ドイツ	2017	8.0	6.0	2.0	0.0	0.0	1.3	
イタリア	2018	3.1	2.6	0.4	0.1	0.0	0.1	
日本	2018	13.0	7.8	—	2.6	2.6	2.6	
英国	2019	2.5	内訳の報告なし					0.4
米国	2017	2.9	2.5	0.1	0.2	0.1	0.3	

病床自体は多いが

患者が多い  
入院期間が長い

# 救急要請をされても**病院は受け入れたくない**

## 【受け入れ困難の理由】

### ③患者受け入れの**デメリット**が大きい

メリット	デメリット
<ul style="list-style-type: none"><li>■ やりがい、責任感</li><li>■ 少量のインセンティブ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 専門以外は自信がないため、誤った判断をした場合<b>訴訟されるリスクがある</b></li><li>■ 睡眠時間が減る</li></ul>

評価機構がなく、人材が不足している

## 私が経験した症例①

【症例】 92歳 女性

【既往】 認知症、脊柱管狭窄症

【主訴】 意識障害

【病名】 偶発生低体温、脱水、軽度の褥瘡

【生活】 ADL伝い歩き、認知症、独居

娘家族（夫、孫2人）が近所に住んでいる

ショートステイ利用

【現病歴】 娘が昨日家に様子を見にいったら動けなかった

布団をかけて様子を見たが翌日も意識悪いため救急要請

## 【病院経過】

低体温、脱水で来院時で命が危ない状態

娘「**延命希望など希望していなかった。**」

「**積極的な治療はして欲しくない。**」

## あなたなら、どう対応しますか？

治療せずに看取ることもあるが、、、

経過に疑問あり、ショートステイ先、ケアマネなどに問合せ

→**虐待（ネグレクト）**が疑われていることが判明

入院して治療、社会調整、転院

## 私が経験した症例②

【症例】 95歳 男性

【病名】 心停止（心静止）

【生活】 施設入所中、ADL車椅子

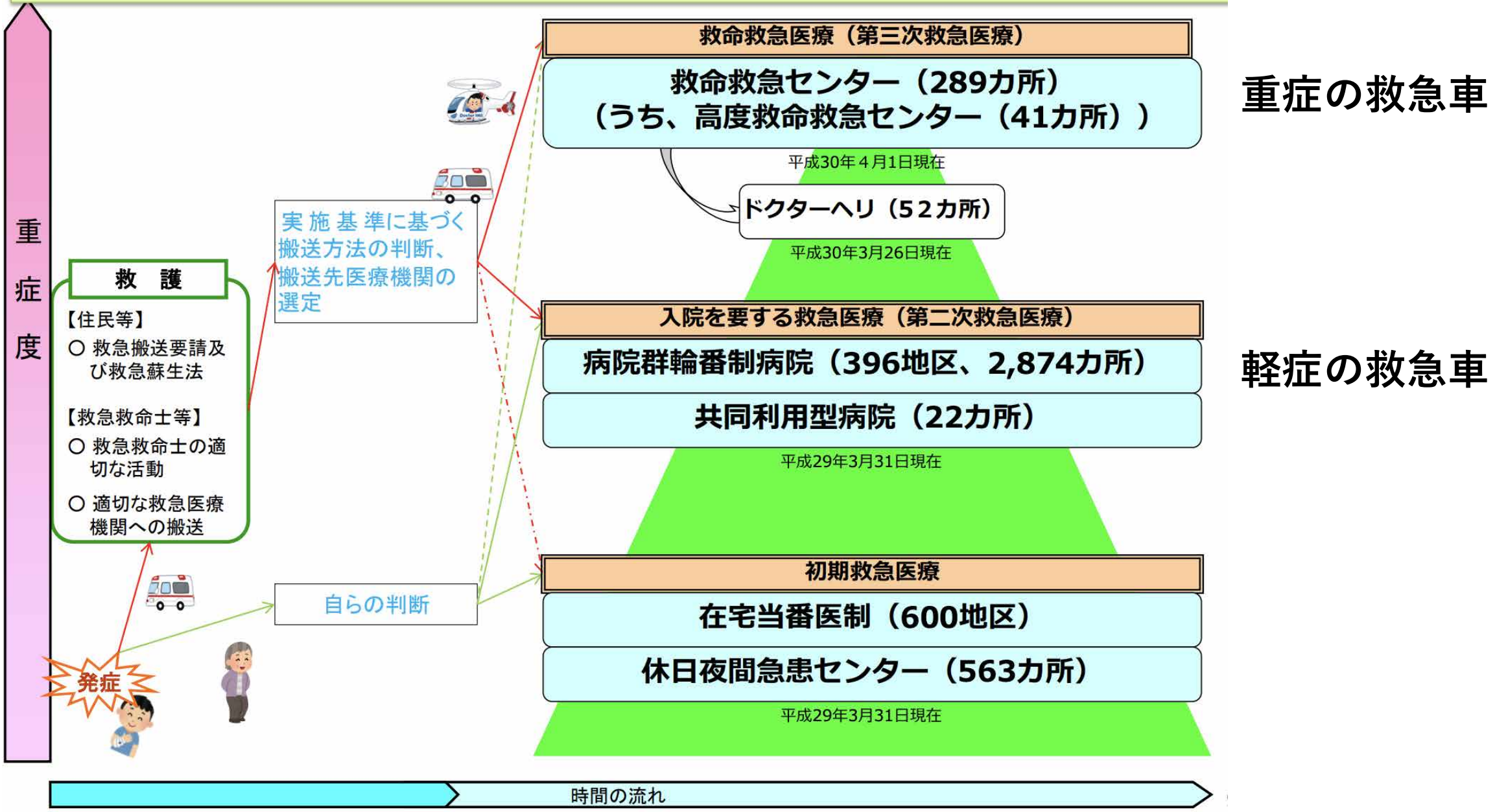
【現病歴】 朝部屋に行くと呼吸していない、施設職員が救急要請  
救急隊員→家族「治療希望しますか？」  
家族「してください」



三次救急選定

病院で心臓マッサージ、人工呼吸器

# 救急医療の体制



重症の救急車

軽症の救急車

## 私が経験した症例②

### 施設職員がすぐに救急要請

救急隊員→家族「治療希望しますか？」

家族「してください」



### 三次救急選定

病院で心臓マッサージ、人工呼吸器

**改善できる点  
がいくつもある**

- まず**往診医に相談**すべき（相談しても、、、）
- 100%助からないのに、その説明なく、治療するか聞かれたら、事前の準備がなければ、家族は治療してくれと言う
- 救急隊は**三次選定された方が病院探し安い**

## 私が経験した症例③

【症例】 89歳 男性

【病名】 脳出血

【生活】 ADL自立

【現病歴】 意識障害で救急要請され当院に搬送

【来院後経過】 CTで脳出血

脳死とされうる状態



胃瘻など作って転院 or 看取り



# 私が行ったこと

## ■繰り返し家族説明

家族の需要につながった

## ■家族（兄弟、長女・次女、孫）を集めて説明

家族が議論する場所・機会の提供

## ■患者さん本人の推定意思聴取

「施設入所は望まないと思う」

「畳の上で死にたいと言っていた」

## ■多職種カンファレンス

家族の情報確認、在宅看取りが可能か相談

かなりの時間と手間がかかったが  
自宅で看取り

# 高齢者救急の課題のポイント①

- 軽症・中等症が多い
- 救急要請をされても病院が受け入れることが困難
- 入院後の退院先の調整が困難
- 社会問題(虐待・貧困・孤独)も関与



必ずしも『命を助けたくて救急車を呼んでいる』わけじゃない  
限界までどうしたらいいかわからない、搬送手段がない  
から救急車を呼んでいる

医療者と患者側に認識の違いがある

# 高齢者救急の課題のポイント②

- 軽症・中等症が多い
- 救急要請をされても病院が受け入れることが困難
- 入院後の退院先の調整が困難
- 社会問題(虐待・貧困・孤独)も関与



**医療者の業務量増加・医療が幸福度上昇に寄与してない**



**モチベーションの低下**



**病院ではなく地域で解決してくれるのが理想**

# 開業医の実情

**疲れ果てた** 医者

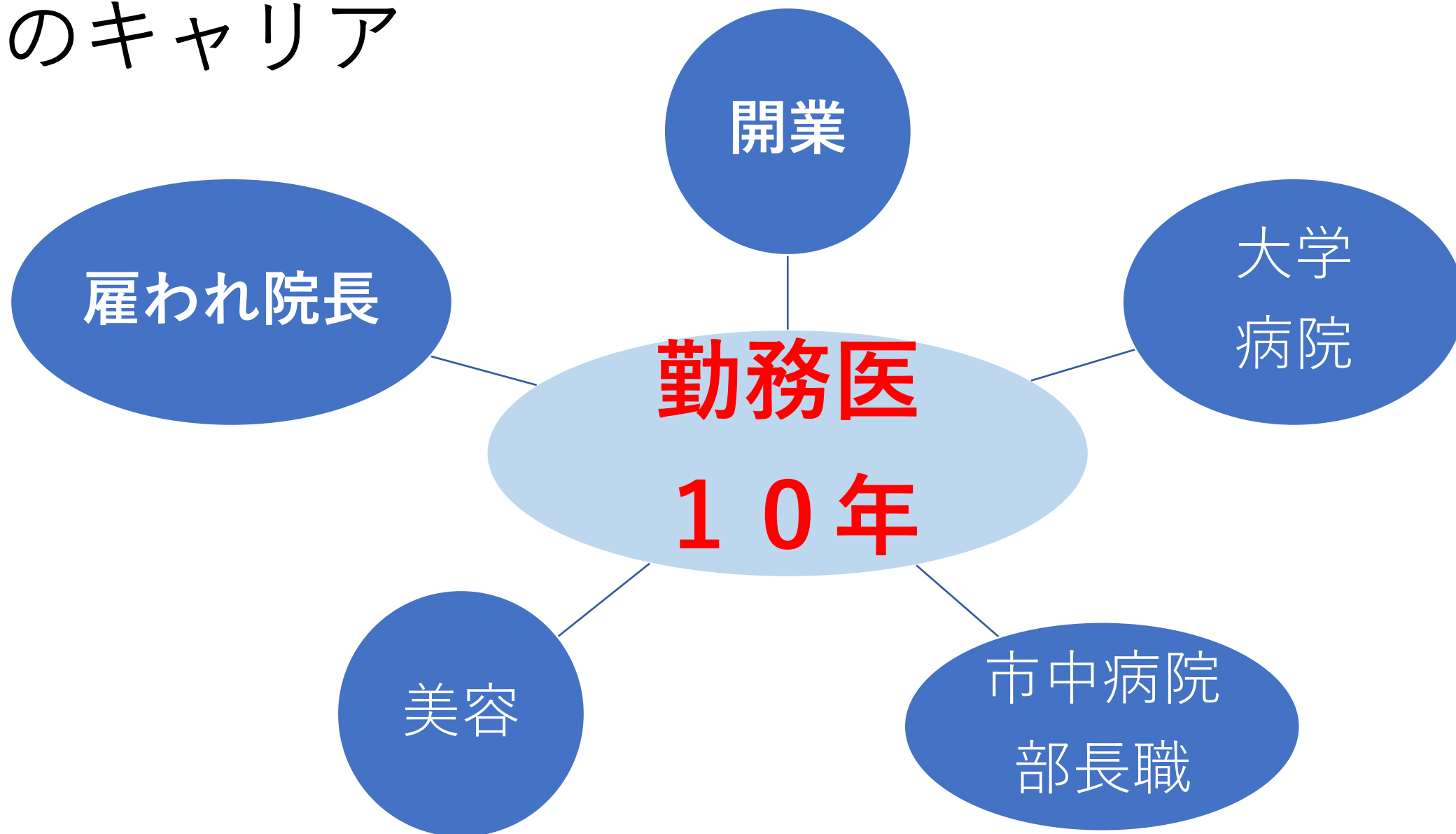
神様のような少数の医者により  
地域が支えられている



**医者のキャリア・労働環境(他職種の権限・DX)**  
**・教育(認識・倫理)に問題がある**

本来のGP・家庭医・往診医の仕事ができない

# 医者のキャリア



# 勤務医の10年

- 安い給料で、残業150時間以上の労働
- 休みは学会か論文かバイト
- 需要の少ない専門性が重視される環境
- マネーリテラシーの成長しない環境
- とにかく訴訟されないようにと教育される

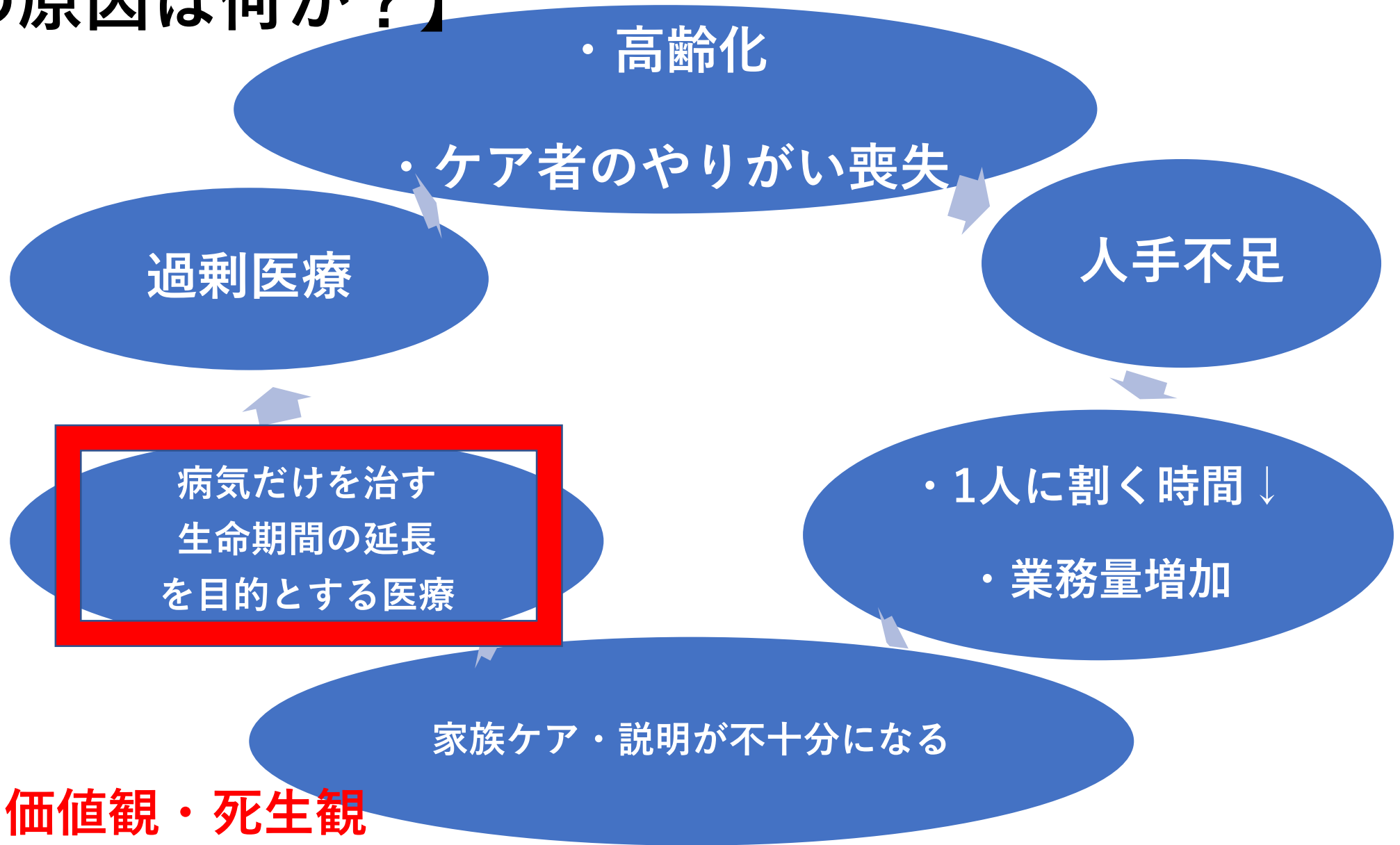


引退してゆっくり過ごしたい

# 課題まとめ

- 医療者と患者側の**認識の違いが大きい**がそれに**気付いてない**
- 医者の仕事は**病気を治すだけじゃない**ということに  
医療者が気づいていない  
**そのしわ寄せが、看護師・社会福祉士・介護士にいつている**
- 勉強することが多く、多忙で、訴訟を恐れるため  
**自分を守る医療**になりがちになってしまう

# 【根本の原因は何か？】



日本人の価値観・死生観  
医療者の思い込み



# 解決策

## 命の線引き

- 医者教育
- 地域連携
- 倫理教育

## 診療報酬

- 厚労省

## 効率化

- オンライン
- DX
- 専門性

# 私の活動

## ■ 笹塚訪問診療

→ 顔の見える関係作り（社協、地域包括、病院、地域めぐり）

各種勉強会

学生実習受け入れ

■ 株式会社UMED → オンライン診療

■ 祖父の終活 → 本作成

■ 選挙準備 → 教育と医療・福祉連携、地域作り